PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS
Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí - 2024
SUS
Prefeitura de Jundiaí

PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

Jundiaí- 2024

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação em Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Érika Pimenta de Pádua Mayer - Apoio Técnico da Saúde da Mulher
Maria Gabriela Bortotto - Apoio Técnico da Enfermagem

Jundiaí
Novembro/2024

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

A anticoncepção corresponde ao uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. É recurso de Planejamento Familiar, para a constituição de prole desejada e programada de forma consciente. Os métodos anticoncepcionais podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois grupos principais:

I - Reversíveis

1 - Comportamentais
2 - De barreira
3 - Dispositivos intrauterinos
4 - Hormonais
5 - De emergência

II - Definitivos

1- Esterilização cirúrgica feminina
2- Esterilização cirúrgica masculina

O manejo das situações que envolvem anticoncepção obriga ao uso de alguns conceitos, descritos abaixo:

EFICÁCIA: é a capacidade deste método de proteger contra a gravidez não desejada e não programada. É expressa pela taxa de falhas próprias do método, em um período de tempo, geralmente no decorrer de um ano.

As taxas de eficácia dos diferentes métodos estão expostas na figura a seguir.

ANTICONCEPCIONAL	USO		
	Perfeito ou correto	Habitual ou comum	Continuidade (%)
MUITO EFETIVOS			
Implante	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
Sistema intrauterino de LNG	0,2	0,2	81
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
DIU de Cobre	0,6	0,8	78
EFETIVOS			
Lactação e Amenorréia	0,9	2,0	(*)
Injetáveis mensais	0,3	3	56
Pílulas combinadas	0,3	3	68
Pílulas progestagênios	0,3	3	68
Anél vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
MODERADAMENTE EFETIVOS			
Condom masculino	2	16,0	53
Abstinência períodos férteis	2 a 5	(*)	51
Diagrama c/ espermicida	6	16	(*)
POUCO EFETIVOS			
Coito interrompido	4	27	42
Espermicida isolado	18	29	

Fonte: FEBRASGO, 2015 - adaptado de OMS

SEGURANÇA: É o potencial de o método contraceptivo causar riscos à saúde de quem o utiliza. É avaliado pelos efeitos indesejáveis e complicações que pode provocar. Quanto maior a segurança do método, menor será a probabilidade de trazer qualquer tipo de problema à saúde de quem faz seu uso.

ESCOLHA DO MÉTODO: O critério mais importante para a escolha ou eleição de um método anticoncepcional é a opção feita pelo (a) usuário (a). O profissional da saúde deve, sempre, privilegiar esta opção e considerá-la prioritária. Entretanto, nem sempre o método escolhido poderá ser usado, tendo em vista características clínicas evidenciadas pelo (a) usuário (a), que podem contraindicar seu uso. Assim, é tarefa primordial do profissional desenvolver semiótica apropriada para avaliar se o (a) usuário (a) apresenta algumas destas condições clínicas ou afecções. Se sim, ele deve colocar os demais métodos possíveis à disposição da pessoa interessada, explicando-lhe as suas características, modo de uso, riscos e

benefícios, bem como a eficácia. Assim, possibilitará ao paciente, condições de fazer nova opção e se comprometer com ela. Os resultados do uso de qualquer método anticoncepcional, eficácia, uso correto, ausência de efeitos indesejáveis etc., são diretamente relacionados com o grau de comprometimento do usuário com a eleição do método.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE de um método anticoncepcional: Estes são definidos pelo conjunto de características apresentadas pelo (a) candidato (a) ao uso de um determinado método e indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo. A Organização Mundial de Saúde montou um grupo de trabalho que classificou estas condições em quatro categorias, assim dispostas, conforme sua última edição do ano de 2009:

- CATEGORIA 1 – o método pode ser utilizado sem qualquer restrição.
- CATEGORIA 2 – o uso do método em apreço pode apresentar algum risco, habitualmente menor do que os benefícios decorrentes de seu uso. Em outras palavras, o método pode ser usado com cautela e mais precauções, especialmente com acompanhamento clínico mais rigoroso.
- CATEGORIA 3 – o uso do método pode estar associado a um risco, habitualmente considerado superior aos benefícios decorrentes de seu uso. O método não é o mais apropriado para aquela pessoa, podendo, contudo, ser usado, no caso de não haver outra opção disponível ou no caso de a pessoa não aceitar qualquer alternativa, mas desde que seja bem alertada deste fato e que se submeta a uma vigilância médica muito rigorosa. Aqui estão enquadradas aquelas condições que antigamente se chamavam de contraindicações relativas para o uso do contraceptivo.
- CATEGORIA 4 – o uso do método em apreço determina um risco à saúde, inaceitável. O método está contraindicado. Compreende todas aquelas situações clínicas que antigamente se chamava de contraindicações absolutas ou formais.

A prescrição da anticoncepção hormonal pelos enfermeiros poderá acontecer para as pacientes pertencentes a categoria 1 e 2, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 1 - categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

Categorias	Definição
Categoria 1	Não há restrição para uso do método contraceptivo - **prescrição feita por médico ou enfermeiro**
Categoria 2	As vantagens do uso do método superam o risco teórico comprovado - **prescrição feita por médico ou enfermeiro**, desde que não haja outro método com risco menor disponível ou aceitável. Atentar e orientar quanto a possíveis sinais e sintomas que podem ser causados pelo uso do método.
Categoria 3	Os riscos teóricos do método avaliado superam as vantagens nesta condição - **prescrição exclusiva do médico**.
Categoria 4	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição - **não prescrever**

Adaptado de: Florianópolis (2020)

Quadro 2 - categorias de elegibilidade de acordo com método escolhido

Condição atual	Pílula combinada	Pílula somente com progestágeno (exceto mini pílula de noretisterona)	Injetável combinado (mensal)	Injetável com progestágeno (trimestral)	DIU de cobre	Minipílula de Noretisterona
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 2 se <20 anos	NÃO UTILIZAR
Idade ≥ 40 anos	2	1	2	2	1	NÃO UTILIZAR
Amamentação (menos de 6 semanas pós parto)	4	3	4	3	1=a partir de 4 semanas após parto	NÃO UTILIZAR
Amamentação - entre 6 semanas a 6 meses pós parto	3	1	3	1	1	1

Amamentação - mais de 6 meses pós parto	1/2*	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Obesidade	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
IST atual (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	4 para inserção se DIP/ cervicite atual** 2 para continuação se usa DIU e com DIP/ cervicite atual 2 se outras IST	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres com menos de 35 anos	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres a partir de 35 anos	3/4	1	3/4	1	1	NÃO UTILIZAR
HAS controlada	3	2	3	2	1	NÃO UTILIZAR
HAS com PAS≥ 160 e PAD ≥ 100 mmHg	4	2	4	3	1	NÃO UTILIZAR
TEP/TVP atual ou recente	4	3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Histórico de TEP/TVP no passado com ou sem uso de anticoagulante	4	2	4	2	1	NÃO UTILIZAR
Infarto ou AVC	4	3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Dislipidemias	3	2	3	2	1	NÃO UTILIZAR
DM ou complicações vasculares	3/4	3	3/4	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca sem aura	2/3/4***	2	2/3/4***	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca com	4	3	3/4	3	1	NÃO

aura						UTILIZAR
CA de mama atual ou passado	4	4	4	4	1	NÃO UTILIZAR
Uso de anticonvulsivantes	3	3	2	3	1	NÃO UTILIZAR
Uso de TARV/HIV	2****	2****	2****	2****	1	NÃO UTILIZAR
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	NÃO UTILIZAR

*A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

** Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

***Se maior de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.

**** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

2. MÉTODOS HORMONAIS A SEREM OFERTADOS

2.1. Pílula combinada:

As pílulas combinadas agem bloqueando a ovulação. Os progestagênios, em associação aos estrogênios, impedem o pico do hormônio luteinizante (LH), que é responsável pela ovulação. Este efeito é chamado de bloqueio gonadotrófico, e é o principal mecanismo de ação das pílulas. Existem ainda efeitos acessórios que também atuam dificultando a concepção, como a mudança do muco cervical, que torna mais difícil a ascensão dos espermatozóides, a diminuição dos movimentos das trompas e a transformação inadequada do endométrio. Todos estes efeitos

ocorrem com o uso de qualquer contraceptivo combinado, determinando sua eficácia.

Disponíveis no Município:
EtinilEstradiol 0.03mg + levonorgestrel 0.15mg (derivado da 19-Nortestosterona)
EtinilEstradiol 0.035mg + acetato de ciproterona 2mg (derivado da 17 alfa progesterona)

2.2 Pílulas de Progestagênios

Seu funcionamento básico ocorre por:

– Espessamento do muco cervical impedindo, portanto, a progressão do espermatozoide.

– Redução da motilidade tubária.

– Inibição da proliferação endometrial, determinando hipotrofia ou atrofia.

– Algumas preparações podem promover a inibição da ovulação, dependendo da dose e tipo do progestagênio. A resposta ovariana com o uso das PSPs varia muito entre as mulheres, ocorrendo ovulação entre 14% e 84% dos ciclos. A pílula contendo desogestrel 75 mcg/dia suprime a ovulação em quase todos os ciclos (97%).

Os benefícios apresentados são a diminuição da dismenorreia, menor risco de doença inflamatória pélvica, diminuição dos sintomas de tensão pré-menstrual e da mastalgia. Além de ser escolha nas pacientes com contraindicação do uso do estrogênio.

Disponíveis no Município:
noretisterona 0.35 mg (mini-pílula) desogestrel 75mcg

O uso dos desogestrel está indicado nas seguintes condições, e para dispensação há impresso próprio (https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2024/06/formulario-de-dispensacao-desogestrel.pdf):

- Idade Superior a 35 anos
- Tabagismo
- Comorbidades associadas
- Diabetes, Hipertensão, Cardiopatia, obesidade, dislipidemia
- Endometriose.
- Sangramento uterino anormal refratário a tratamento com outras medicações disponíveis no serviço

2.3 Injetável combinado mensal

O mecanismo de ação contraceptiva é o mesmo dos demais contraceptivos hormonais. O progestagênio age em nível central (hipotálamo e hipófise) inibindo a produção e liberação do LH, impedindo assim a ovulação. Atua também na diminuição da motilidade tubária, no aumento da espessura do muco cervical dificultando a ascensão dos espermatozoides e na indução da atrofia endometrial, tornando o endométrio hostil a implantação.

O estrogênio possui ação central negativa sobre a produção e liberação do FSH, impedindo o crescimento folicular. Além disso, ajuda a estabilizar o endométrio, proporcionando ciclos menstruais previsíveis.

Benefícios e riscos

O estrogênio utilizado nos injetáveis mensais é natural e, portanto, mais fisiológico do que os utilizados nas pílulas anticoncepcionais combinadas contendo etinilestradiol, assim, o tipo e intensidade dos efeitos colaterais também podem ser diferentes. De fato, estudos têm mostrado menor efeito sobre a pressão arterial, hemostasia e coagulação, metabolismo lipídico e função hepática em comparação com a contracepção oral combinada. Além disso, a administração por ser parenteral, elimina o efeito da primeira passagem dos hormônios sobre o fígado.

Os injetáveis mensais são colocados numa categoria intermediária entre os contraceptivos orais combinados e os contraceptivos somente com progestagênios. Do mesmo modo que os demais contraceptivos hormonais, o injetável mensal combinado não protege contra doenças sexualmente transmissíveis.

Disponíveis no Município:
Enantato de noretisterona 50mg/ml + valerato de estradiol 5mg/ml Medroxiprogesterona 25mg + Cipionato de estradiol 5mg

2.4 Injetável trimestral de progesterona

O mecanismo de ação do AMP-D é diferente dos outros métodos contendo apenas progestagênio, pois além de alterar a espessura endometrial e espessar o muco cervical, bloqueia o pico do hormônio luteinizante (LH) evitando a ovulação. Após a sua descontinuação, a ovulação retorna em 14 semanas, mas pode demorar até 18 meses.

Disponível no Município:
Acetato de medroxiprogesterona 150

2.5 Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência consiste no método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada após uma relação sexual desprotegida, ou falha conhecida ou presumida do método de rotina, conforme abaixo:

• 3 ou mais perdidas consecutivas de comprimidos contraceptivos orais combinados;

• Pílula apenas com progestágeno (minipílula) tomada com mais de 3 horas de atraso;

• Contraceptivo injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito) aplicada com mais de 4 semanas de atraso;

• Contraceptivo injetável mensal (estrogênio e progestágeno) aplicada com mais de 7 dias de atraso;

• Erro de cálculo do método de abstinência periódica, ou a incapacidade de abster-se ou usar um método de barreira nos dias férteis do ciclo;

• Expulsão do DIU;

• Rompimento ou deslocamento do preservativo durante o ato sexual.

É extremamente importante a contracepção de emergência ser utilizada em até 72 horas após o coito, já que após isso o método perde muito a sua eficácia. No entanto, a administração da contracepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida ainda oferece efeito contraceptivo.

Apesar da facilidade de acesso ao método, que pode ser prescrito e inserido por enfermeiro capacitado institucionalmente, a contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo e familiar, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da Anticoncepção de Emergência (AE) compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

Disponível no Município:
Levonorgestrel 0.75mg

Observações:

•Não se recomenda mais a utilização de esquema fracionado, utilizado anteriormente, que consistia em tomar 1 comprimido de 0,75 mg de levonorgestrel assim que possível e outro comprimido igual 12 horas após o primeiro, já que não aumenta a eficácia e costuma gerar esquecimento do segundo comprimido. Prescrever os 2 comprimidos em tomada única;

•Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose;

•Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única;

•Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.

3. MÉTODOS DISPONÍVEIS NA REMUME E MODO DE PRESCRIÇÃO

Composto	via administração	prescrição
EtinilEstradiol 0.03mg + levonorgestrel 0.15mg (derivado da 19-Nortestosterona)	Oral	Tomar 1 cp via oral por 21 dias com pausa de 07 dias. Iniciar a 1ª cartela no 1º dia da menstruação.
EtinilEstradiol 0.035mg + acetato de ciproterona 2mg (derivado da 17 alfa progesterona)	Oral	Tomar 1 cp via oral por 21 dias com pausa de 07 dias. Iniciar a 1ª cartela no 1o. dia da menstruação.
noretisterona 0.35 mg (mini-pílula)	Oral	Apenas anticoncepção pós parto em aleitamento exclusivo. Uso contínuo sem pausa.
desogestrel 75	Oral	Tomar 1cp via oral sem pausa. Se pós-parto, iniciar entre 21 e 28 dias, após esta data, orientar uso de preservativo durante a 1a.semana de uso Se fora do puerpério, iniciar no 1º dia do ciclo natural.
Enantato de noretisterona 50mg/ml + valerato de estradiol 5mg/ml	Intramuscular	Aplicar 1x ao mês. Iniciar entre 1o. dia e 5º dia da menstruação. Intervalo de administração: 30+/- 3 dias.
Medroxiprogesterona 25mg + Cipionato de estradiol 5mg	Intramuscular	Aplicar 1x ao mês. Iniciar entre 1o. dia e 5º dia da menstruação. Intervalo de administração: 30+/- 3 dias
Acetato de medroxiprogesterona 150	Intramuscular	Aplicar intramuscular a cada 3 meses e iniciar no 1º dia da menstruação ou nos 40 dias pós-parto. Intervalo de administração: 12-13 semanas (máximo 91

		dias).
Levonorgestrel 0.75mg	Via oral	Anticoncepção emergencial: Tomar 2cp via oral dose única, até 72h da relação desprotegida
Dispositivo Intrauterino de cobre	não se aplica	Validade de 10 anos.
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	não se aplica	Utilizado no município apenas para controle de SUA (sangramento uterino anômalo) com falha terapêutica de outros métodos por pelo menos 6 meses. INDICAÇÃO EXCLUSIVA DO ESPECIALISTA DO AMBULATÓRIO DA SAÚDE DA MULHER.

FONTE: Anticoncepção para adolescentes – São Paulo: Connexomm, 2017. Série Orientações e recomendações FEBRASGO. n. 9, 2017.

4. FLUXO DE MANEJO DO ATRASO NA APLICAÇÃO DE ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL

Anticoncepcional Injetável Mensal (AIM)

Uso correto:
Uma vez por mês, preferencialmente na mesma data **(facilita a adesão)**, mas há uma margem de segurança **de 7 dias para mais ou para menos.**

Esquecimento

Se houver atraso de **até 7 dias** da data da injeção (independente da ocorrência de relação sexual)

→ Aplicar AIM

- Manter aplicação na data habitual

Se houver atraso superior a **7 dias**, encaminhar para o enfermeiro(a)

→ Enfermeiro(a)

→ Houve relação sexual desprotegida **após este período** de atraso?

Sim →

- Realizar teste de gravidez 20 dias após a última relação sexual. Nesse período deverá manter abstinência sexual ou uso de preservativo.
- Se o teste for negativo, aplicar AIM e usar preservativo por 7 dias. A próxima injeção deverá ser realizada na nova data.
- Se paciente menstruar, aplicar AIM até o quinto dia da menstruação.
- Informar à usuária que **pode** ocorrer um sangramento irregular neste período.

Não →

Aplicar AIM

- Orientar que a nova data de aplicação será preferencialmente 30 dias após esta.
- Aconselhar relações protegidas por pelo menos 7 dias após aplicação.

Fonte: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

Anticoncepcional Injetável Trimestral (AIT)

Uso correto:
Uma vez a cada 3 meses, preferencialmente na mesma data **(facilita a adesão)**, mas há uma margem de segurança **de 15 dias para mais ou para menos.**

Esquecimento

Se houver atraso de **até 15 dias** da data da injeção (independente da ocorrência de relação sexual) → Aplicar AIT

Manter aplicação na data habitual

Se houver atraso superior a **15 dias**, encaminhar para o enfermeiro(a).

Enfermeiro(a)

É puérpera há menos de 6 meses e/ou está amamentando exclusivamente?

Sim → Aplicar AIT

Manter aplicação na nova data.

Não → Houve relação sexual desprotegida **após este período** de atraso?

Sim →

- Realizar teste de gravidez 20 dias após a última relação sexual. Nesse período deverá manter abstinência sexual ou uso de preservativo.
- Se o teste for negativo, aplicar AIT e usar preservativo por 7 dias. A próxima injeção deverá ser realizada será preferencialmente 90 dias após esta
.
- Se paciente menstruar, aplicar AIT até o quinto dia da menstruação.
- Informar à usuária que **pode** ocorrer um sangramento irregular neste período.

Não → Aplicar AIT

- Orientar que a nova data de aplicação será preferencialmente 90 dias após esta.
- Aconselhar relações protegidas por pelo menos 7 dias após aplicação.

Fonte: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

5. QUESTÕES ÉTICAS DA INDICAÇÃO/PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência, considerações especiais sobre anticoncepção relacionam-se na maior parte das vezes aos aspectos ético-legais envolvidos.

A Constituição brasileira, no artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei no. 8069 de 13-07-90) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade.

A adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta. Por sua vez, define-se confidencialidade como um acordo entre médico e paciente, onde as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e /ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apoia -se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia (artigo 103 do Código de Ética Médica).

Dessa forma, a adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, não havendo infração ética ao profissional que assim se conduz.

A Sociedade de Pediatria Brasileira (SBP) junto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elaboraram documento de que a "prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, **independentemente da idade.**

A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico".

Quando se orienta uma adolescente quanto à contracepção, há necessidade de apresentar todos os métodos disponíveis, incluindo dispositivos intrauterinos (DIUs).

A orientação contraceptiva envolvendo métodos de curta duração, como pílulas, geralmente é realizada sem problemas seguindo esses preceitos. Por outro lado, os métodos de longa ação (métodos intrauterinos), por necessitarem de procedimento médico para a inserção, podem suscitar dúvidas. Para esses métodos, quando indicados, a FEBRASGO sugere que pode-se considerar o consentimento da adolescente e do responsável, reforçando o aconselhamento contraceptivo.

Mitos em relação à anticoncepção na adolescência:

COC (contraceptivo oral combinado)

- Ganho de peso;
- Requer exame ginecológico para iniciação;
- São menos eficazes que os preservativos;
- Requerem pausas a cada dois anos;
- Afetam a fertilidade.

MÉTODOS INTRA UTERINOS

- Só pode ser usado em quem já teve filhos;
- Necessita de cirurgia para colocação;
- Não podem ser usados absorventes internos.

INJETÁVEIS

- Efeitos negativos a longo prazo;
- Causam infertilidade.

ANEL VAGINAL

- Precisa ser colocado por médico.

Durante a consulta:

O aconselhamento contraceptivo para adolescentes tem importância crucial. Bitzer et al, propuseram abordagem sistemática, sob a forma de "check-list", contendo aspectos relevantes na consulta de adolescentes que buscam orientação contraceptiva, cujos principais elementos são:

1) ACOLHIMENTO:
- Reforçar a confidencialidade e privacidade;
- Reconhecer a individualidade da adolescente (é diferente da mulher adulta);
- Informar que não há necessidade de exame ginecológico inicial;
- Criar ambiente aberto e empático.

2) O QUE PERGUNTAR:
- Histórico sexual, uso prévio de contraceptivos;
- Vacinação contra HPV;
- História médica;
- Relacionamento atual e preocupações;
- Expectativa do método contraceptivo;
- Habilidade e motivação para o uso correto;
- Opinião sobre métodos injetáveis e LARC (longa duração- DIU);
- Apoio em casa, apoio do parceiro;
- Há necessidade de esconder o método?

3) CHECAR:
- Conhecimento do método e preferência;
- Qualidade do conhecimento, incluindo medo e preocupação;
- Se o método é adequado para necessidades e expectativas;
- Identificar opções aceitáveis;

- Se há necessidade de screening para IST (realizar de forma oportunística sempre que possível);
- Ajudar na escolha do método.

4) FALAR:
- Sobre mecanismos de ação, eficácia, uso correto e como iniciar o método;
- Sobre o impacto do método sobre o ciclo menstrual;
- Potenciais eventos adversos;
- Benefícios não contraceptivos;
- Sobre consultas de seguimento.

5) TRANQUILIZAR (REFORÇO POSITIVO):
- Reforçar que os benefícios dos contraceptivos superam os riscos;
- Uso consistente;
- Para interromper o método não é necessário o contato com o médico;
- Reforçar que a anticoncepção é a primeira etapa da vida sexual segura;
- Verificar medos e preocupações que podem não ter sido esclarecidos.

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Uso de pílulas antes da menarca

Não se recomendam os métodos hormonais antes da menarca, preconizando-se nessa situação a utilização do preservativo após adequada orientação.

Densidade Mineral Óssea (DMO)

Os contraceptivos hormonais contendo estrogênios têm efeito positivo sobre a DMO, não havendo restrições ao seu uso; contrariamente, propiciam ganho de massa óssea e podem ser utilizados na adolescência. A medroxiprogesterona em uso prolongado, pode alterar massa óssea (maior que 5 anos).

Ganho de peso

Não existem evidências que suportam a relação causal entre ganho de peso e contraceptivos hormonais – orais ou não orais – em qualquer faixa etária.

Acne

Em condições normais, a manutenção da pele sem excessiva oleosidade ou acne ocorre com o uso de todos os contraceptivos orais, incluindo os de baixa dose, ainda que contenham progestagênios derivados da 19 nor-testosterona. Por outro lado, para o tratamento da acne severa ou hirsutismo, frequentemente se utilizam progestagênios anti-androgênicos – como a ciproterona, a drospirenona ou a clormadinona – cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos bloqueando o receptor androgênico na unidade pilossebácea.

Progestagênios isolados

Nesse grupo incluem-se as minipílulas (noretisterona, levonorgestrel e linestrenol), a pílula de progestagênio (desogestrel), além do acetato de medroxiprogesterona injetável (AMPd) e implante de etonogestrel.

As minipílulas têm como mecanismo de ação principal a alteração sobre o muco cervical, tendo, portanto, menor eficácia quando comparadas aos outros progestagênios. O desogestrel isolado oral propicia bloqueio gonadotrófico, sendo tão eficaz quanto as pílulas combinadas, da mesma forma que a AMPd e o implante.

Atenção especial deve ser dada em adolescentes quando existe a opção pelos progestagênios orais, pela possibilidade de esquecimento, mais comum nesse grupo etário. Não há, no entanto, restrições ao uso dos progestagênios isolados na adolescência.

Dispositivo intrauterino (DIU) e sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG)

O benefício dos métodos intrauterinos (DIU e SIU) supera os riscos, podendo ser utilizado em adolescentes.

Condom (camisinha)

Tem-se recomendado em adolescentes o uso concomitante da camisinha, independentemente do método contraceptivo escolhido, visando à proteção contra

as ISTs. O uso isolado desse método de barreira visando à contracepção relaciona-se à elevada taxa de falha.

<u>Em relação a coleta de citologia oncótica:</u> Independente do início da relação sexual, o início da coleta deverá ocorrer a partir dos 25 anos, até essa idade o exame ginecológico deve ser orientado, não sendo preditivo nem empecilho para o início da anticoncepção. A prevenção do câncer de colo uterino na adolescência deverá ser realizada através da vacinação de meninos e meninas entre 9 e 14 anos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pinotti, Marta
Manual de anticoncepção / Marta Finotti. --
São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes – São Paulo: Connexomm, 2017. Série Orientações e recomendações. n. 9, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da AtençãoBásica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf> acesso em 17 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.2. ed., 2. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>acesso em 17mai 2016.

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf